

Remarques et suggestions :






.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*Clinique Médicale de Ville d'Avray
23, rue Pradier
92410 Ville d'Avray*




**QUESTIONNAIRE DE
SATISFACTION
(Hospitalisation à temps complet)**

*Madame, Monsieur,
Il est important pour l'établissement de connaître vos impressions sur votre séjour. Afin d'améliorer la qualité de nos prestations, nous vous remercions d'accepter de remplir ce questionnaire et de le remettre dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'accueil de l'établissement ou à votre infirmier(e) avant de partir.*

Merci de remettre ce questionnaire de satisfaction dans la boîte aux lettres située à l'accueil de l'établissement ou à votre infirmier(e)

ACCUEIL / ADMISSION			Non concerné
1) Accueil téléphonique du standard			
2) Accueil du personnel administratif			
3) Accueil du médecin d'admission			
4) Accueil du personnel soignant			
5) Remise et présentation du livret d'accueil de l'établissement			
6) Présentation du fonctionnement de l'établissement			
SOINS ET SUIVI MEDICAL			Non concerné
1) Disponibilité du personnel médical			
2) Disponibilité du personnel soignant			
3) Disponibilité des agents de service			
4) Entretiens médicaux			
5) Soins infirmiers			
6) Soins extérieurs (médecin généraliste, kiné, examens médicaux)			
7) Activités thérapeutiques (ateliers et sorties extérieures)			
8) Amabilité du personnel			
RESPECT DE VOS DROITS			Non concerné
1) Information sur vos droits en tant que patient			
2) Information sur l'évolution de votre état de santé			
3) Information sur votre projet thérapeutique			
4) Information sur les modalités d'accès à votre dossier médical			
5) Information sur les soins et votre traitement médicamenteux			
6) Recueil et respect de votre consentement aux soins			
7) Respect de la confidentialité / du secret professionnel			
8) Respect de votre intimité et de votre dignité			
9) Respect de vos croyances et convictions			
10) Respect de votre liberté d'aller et venir			
En cas de douleur physique aiguë ou chronique (uniquement) :			
11) Prise en charge de la douleur physique			

Date : N° de votre chambre :

SERVICE HÔTELIER : Hébergement et restauration			Non concerné
▪ Chambre			
1) Confort de votre chambre			
2) Tranquillité de votre chambre			
3) Température de votre chambre			
4) Entretien de votre chambre			
5) Sanitaires / Salle de bain individuels			
▪ Espaces collectifs			
6) Confort des espaces collectifs			
7) Tranquillité des espaces collectifs			
8) Respect de l'interdiction de fumer à l'intérieur (Loi Evin)			
9) Sanitaires / Salle de bain collectifs			
10) Terrasse et espaces verts			
▪ Repas			
11) Service des repas			
12) Horaires et temps dédié aux repas			
13) Saveur des plats servis			
14) Température des plats servis			
15) Quantité des plats servis			
En cas de régime alimentaire particulier, merci de préciser :			
16) Type de régime : <input type="checkbox"/> Hypocalorique <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autre (allergie...)			
17) Respect de votre régime alimentaire			
SORTIE			Non concerné
1) Préparation et déroulement de votre sortie			
BILAN	Oui	Non	Sans avis
1) Etes-vous satisfait(e) de votre prise en charge au sein de notre établissement ?			
2) Recommanderiez-vous notre établissement ?			

Vos remarques et suggestions :  (page suivante)